

ILLINOIS WORKERS' COMPENSATION COMMISSION

**MANUAL SOBRE
COMPENSACIÓN
LABORAL Y
ENFERMEDADES
OCUPACIONALES**



Este manual está diseñado para servir como guía general para los derechos y obligaciones de los empleados que han experimentado lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, así como los derechos y obligaciones de sus empleadores, bajo los decretos de Illinois sobre Compensación Laboral y Enfermedades Ocupacionales.

Este manual se refiere solo a aquellas lesiones o enfermedades que ocurrieron el 1º de febrero de 2006, o después. Si usted necesita información para un caso más antiguo, por favor diríjase a la versión previa del manual, disponible en nuestro sitio Web y en nuestras oficinas.

Ningún libro puede tratar todas las situaciones que puedan ocurrir. Los beneficios son determinados aplicando la ley a los hechos de cada caso. Si usted aún tiene preguntas, por favor contacte una de las oficinas de la Comisión.

OFICINAS DE LA COMISIÓN

Línea gratuita:	Sólo dentro de Illinois	866/352-3033
Chicago:	100 W. Randolph St., #8-200, 60601	312/814-6611
Collinsville:	1014 Eastport Plaza Dr., 62234	618/346-3450
Peoria:	202 N.E. Madison Ave. #201, 61602	309/671-3019
Rockford:	200 S. Wyman, 61101	815/987-7292
Springfield:	4500 S. Sixth St. Frontage Road, 62703-5118	217/785-7087
TDD:	Telecomunicaciones - Servicio para sordos	312/814-2959

Este libro también está disponible en inglés. Ambas versiones de este manual, así como el estatuto, las normas, y formularios, están disponibles gratuitamente en cada oficina de la Comisión, y en el sitio Web: www.iwcc.il.gov.

5,000 copias escritas por autoridad del Estado de Illinois, sobre papel reciclado con tinta de soya, a un costo de \$0.46 por copia, contrato de impresión #3424717. March 2007.

TABLA DE CONTENIDO

	PÁGINA
CAPÍTULO 1	
Vistazo general	3
CAPÍTULO 2	
Reportando una lesión o exposición	7
CAPÍTULO 3	
Presentando un reclamo en la Comisión	9
CAPÍTULO 4	
Resolviendo una disputa en la Comisión	12
CAPÍTULO 5	
Beneficios médicos	18
CAPÍTULO 6	
Beneficios por discapacidad total temporal (TTD)	21
CAPÍTULO 7	
Beneficios por discapacidad parcial temporal (TPD)	24
CAPÍTULO 8	
Beneficios de rehabilitación vocacional/mantenimiento	25
CAPÍTULO 9	
Beneficios por discapacidad parcial permanente (PPD)	26
CAPÍTULO 10	
Beneficios por discapacidad total permanente (PTD)	31
CAPÍTULO 11	
Beneficios por muerte/para sobrevivientes	33
GLOSARIO	35
ÍNDICE	39

CAPÍTULO 1

Vistazo general

1. *¿Qué es compensación laboral?*

Compensación laboral es un sistema de beneficios provistos por ley a la mayoría de los trabajadores que tienen lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Estos beneficios son pagados sin importar la falta.

Cada estado tiene su propia ley sobre compensación laboral. La ley de Illinois tuvo efecto inicialmente en 1912.

2. *¿Quién administra el programa?*

En 1913, la legislatura creó una agencia estatal para resolver disputas entre los obreros lesionados y sus empleadores, en relación con la compensación laboral. Ha sido conocida por diferentes nombres a través de los años, pero ahora se denomina Comisión de Compensación Laboral de Illinois.

Como sistema administrativo de la corte, la Comisión debe ser imparcial. El personal explicará los procedimientos y provisiones básicas de la ley, pero no puede actuar como abogado para el empleado ni para el empleador.

3. *¿Qué empleados están cubiertos por la ley?*

Casi cada empleado que sea contratado, herido, o cuyo empleo esté localizado en el estado de Illinois está cubierto por la ley. Estos empleados están cubiertos desde el momento cuando comiencen a trabajar en sus empleos.

4. *¿Qué lesiones y enfermedades están cubiertas por la ley?*

En la mayoría de los casos, la ley cubre lesiones que sean causadas, en su totalidad o en parte, por el trabajo del empleado.

Un trabajador lesionado por el uso repetitivo de una parte de su cuerpo está cubierto, tal como lo está una persona que experimenta un impacto, un ataque al corazón u otro problema físico causado por el trabajo.

Un trabajador que tuvo una condición previa puede recibir beneficios si él o ella pueden demostrar que el trabajo agravó la condición.

Las lesiones sufridas en programas recreativos patrocinados por el empleador (por ejemplo, eventos atléticos, fiestas, comidas campestres o estilo picnic) no están cubiertas a menos que el empleado reciba la orden del empleador para participar. Las lesiones accidentales ocurridas mientras participaba como paciente en un programa de rehabilitación de las drogas o el alcohol, no están cubiertas.

5. *¿Qué beneficios son provistos?*

La ley provee las siguientes categorías de beneficios, las cuales son explicadas en capítulos posteriores:

- a) Atención médica que es razonablemente necesaria para curar o aliviar al empleado de los efectos de la lesión.
- b) Beneficios por discapacidad total temporal (TTD) mientras el empleado está fuera del trabajo, recuperándose de la lesión;
- c) Beneficios por discapacidad parcial temporal (TPD) mientras el empleado se está recuperando de la lesión pero trabajando en deberes livianos.
- d) Se proveen beneficios de rehabilitación vocacional/mantenimiento para un trabajador lesionado que está participando en un programa de rehabilitación vocacional aprobado.
- e) Beneficios por discapacidad parcial permanente (PPD) para un empleado que sostiene una incapacidad o desfiguración permanente, pero puede trabajar;
- f) Beneficios por discapacidad total permanente para un empleado que se ha vuelto permanentemente incapaz de trabajar;
- g) Beneficios por causa de muerte para miembros sobrevivientes de la familia.

6. *¿Son los beneficios por compensaciones laborales considerados ingresos?*

No. Los beneficios por compensación laboral no están sujetos a impuestos bajo la ley estatal o federal, y no necesitan ser reportados como ingresos en los informes de impuestos.

7. *¿Quién paga los beneficios?*

Por ley, el empleador es responsable por el costo de la compensación laboral. La mayoría de los empleadores compran un seguro de compensación laboral comercial, y la compañía de seguros paga los beneficios en nombre del empleador. Ninguna parte de la prima del seguro por compensación laboral u otros beneficios pueden ser cargados al empleado. Otros empleadores obtienen la aprobación del estado para asegurar ellos mismos.

Para identificar la parte responsable de pagar los beneficios, un empleado puede revisar la información sobre el lugar de trabajo del empleador, revisar el sitio Web de la Comisión, o contactar a la División de Verificación en Seguros, de la Comisión (inscompquestions.wcc@illinois.gov; línea gratuita 866/352-3033).

8. *¿Qué exige la ley a los trabajadores?*

Los empleadores deben:

- a) Obtener el seguro por compensación laboral de los trabajadores, u obtener el permiso para asegurarse a sí mismos.
- b) Publicar una nota en cada lugar de trabajo que explique los derechos de los trabajadores bajo el Decreto sobre Compensación Laboral, y que señale el corredor de seguros, el número de póliza, información de contacto, entre otros datos.
- c) Conservar registros de lesiones relacionadas con el trabajo, y reportar a la Comisión aquellos accidentes que involucren más de tres días de trabajo perdidos.
- d) NO cobrar al empleado por ninguna parte e la prima o beneficios del seguro por compensación laboral.
- e) NO acosar, descargar, negarse a volver a emplear, o discriminar de alguna manera a un empleado por ejercitar sus derechos bajo la ley,

9. *¿Qué si el empleador no tiene seguro por compensación laboral?*

El emplear debe dar el nombre y dirección del empleador, y la fecha de la lesión, a la División de Verificación en Seguros, de la Comisión (inscompquestions.wcc@illinois.gov; línea gratuita 866/352-3033).

Un empleador que *negligentemente* deja de proveer cobertura es culpable de delito menor Clase A por cada día sin cobertura, castigable con hasta 12 meses de prisión y \$2.500 dólares de multa.

Un empleador que *a sabiendas* deja de proveer cobertura es culpable de delito grave Clase B por cada día sin cobertura, castigable con 1-3 años de prisión y \$25.000 dólares de multa.

Un empleador no asegurado puede también ser multado con hasta \$500 dólares por cada día que hizo falta el seguro, con una multa mínima de \$10.000 dólares.

Un empleador no asegurado pierde las protecciones del Decreto sobre Compensación Laboral para el período del incumplimiento. Eso significa que un empleado que ha sido lesionado durante el período de incumplimiento puede escoger demandar en la corte civil, donde no hay límites para las adjudicaciones.

Adicionalmente, si la Comisión descubre que un empleador dejó de proveer *a sabiendas* la cobertura de seguros, puede expedir una orden de interrupción de labores, y desactivar la compañía hasta que obtenga seguro.

Las multas recogidas bajo estas provisiones son depositadas al interior del Fondo de Beneficios para Trabajadores Lesionados, los cuales son entonces distribuidos, en una base de prorrato, a los trabajadores lesionados cuyos empleadores no asegurados dejaron de pagar los beneficios.

10. *¿Qué se hace para combatir el fraude?*

Es ilegal para cualquier persona –trabajador, empleador, corredor de seguros, proveedor de servicios médicos, entre otros—hacer intencionalmente alguna de las siguientes cosas:

- Hacer un reclamo falso por cualquier beneficio por compensación laboral;
- Hacer una declaración falsa a fin de obtener o negar beneficios;
- Hacer una declaración falsa a fin de impedir que alguien presente un reclamo legítimo;
- Hacer un certificado de seguro falso como prueba de seguro;
- Hacer una declaración falsa a fin de obtener seguro por compensación laboral a una tasa menor que la apropiada;
- Hacer una declaración falsa a fin de obtener aprobación para asegurarse a sí mismo o reducir la garantía necesaria para asegurarse a sí mismo;
- Hacer una declaración falsa al personal estatal de fraude e incumplimiento, en el curso de una investigación;
- Ayudar a alguien a cometer cualquiera de los crímenes anteriores;
- Mover, destruir u ocultar activos para evitar el pago de una demanda.

Una “declaración” incluye cualquier informe escrito, prueba de lesión, o cualquier factura médica, registro, informe o resultado de exámenes.

Cualquier persona hallada culpable de cualquiera de estas acciones es culpable de delito grave Clase 4, castigable con 1-3 años de prisión y una multa de \$25.000 dólares. A la parte culpable deberá exigírsele pagar la completa restitución, y puede ser hallada civilmente responsable por hasta tres veces el valor de los beneficios o cobertura de seguro injustamente lograda.

Si usted desea reportar una situación posiblemente fraudulenta, puede contactar la Unidad Investigativa de Compensación Laboral en el departamento de Regulación Financiera y Profesional/División de Seguro (francis.walsh@illinois.gov; línea gratuita 877/923-8648). A usted se le pedirá identificarse a sí mismo y, en algún punto, la persona a quien usted está reportando se le dará su nombre. Cualquiera que intencionalmente hace un informe falso es culpable de delito menor Clase A, castigable con hasta 12 meses de prisión y una multa de \$2.500 dólares.

CAPÍTULO 2

Reportando una lesión o exposición

1. *¿A quién debería notificar el trabajador lesionado?*

El empleado debe informar prontamente al empleador. La ley exige que el empleado notifique al empleador sobre la fecha y el lugar del accidente, si se conoce.

El informe puede ser entregado oralmente o por escrito. Para evitar problemas, recomendamos que el empleado dé al empleador un informe escrito que contenga los siguientes elementos:

- a) La fecha y el lugar del accidente;
- b) Una breve descripción del accidente, lesión o enfermedad; y
- c) El nombre, la dirección y el número telefónico del empleado.

Un informe a un compañero de trabajo que no forma parte de la administración, no es considerado un informe al empleador.

2. *¿Cuáles son los límites de tiempo para notificar al empleador?*

Generalmente, el empleado debe notificar al empleador en un período de 45 días desde el accidente. Cualquier atraso en el informe al empleador puede atrasar el pago de beneficios. Un atraso de más de 45 días puede resultar en la pérdida de todos los beneficios.

Para lesiones resultantes de exposición radiológica, el empleado debe notificar al empleador 90 días después que el empleado sepa o sospeche que él o ella han recibido una dosis excesiva de radiación.

Para enfermedades ocupacionales, el empleado debe notificar al empleador tan pronto como sea posible después que él o ella llegue a ser consciente de la situación.

3. *¿Qué debe hacer el empleador después de recibir el reporte?*

El empleador debe dar los siguientes pasos con prontitud:

- a) Proveer todos los servicios médicos y de primeros auxilios;
- b) Informar al corredor de seguros o administrador de compensación laboral, incluso si el empleador duda del reclamo del empleado.
- c) Si el empleado no puede trabajar por más de tres días a causa de la lesión, el empleador debe hacer una de las siguientes cosas:
 - (i) Iniciar los pagos de TTD; o bien,
 - (ii) Dar al empleado una explicación escrita de la información adicional que el empleador necesita antes de iniciar los pagos; o también,

- (iii) Dar al empleado una explicación escrita de por qué están siendo negados los beneficios.

4. *¿Qué registros debe conservar el empleador?*

Los empleadores deben:

- a) Publicar una nota en cada lugar de trabajo que explique los derechos de los trabajadores bajo el Decreto sobre Compensación Laboral, y que señale el corredor de seguros, el número de póliza, información de contacto, entre otros datos.
- b) Conservar registros confiables de muertes, lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo (diferentes a las lesiones menores que sólo requieran primeros auxilios y no involucren tratamiento médico adicional, pérdida de conciencia, restricción del trabajo o el movimiento, o transferencia a otro trabajo).
- c) Informar los accidentes a la Comisión, en el formulario “Primer Informe del Empleador sobre una Lesión” (formulario 45).

Los informes escritos sobre todas las muertes relacionadas con el trabajo deben ser hechos a la Comisión en un período de dos días hábiles.

Los informes escritos sobre lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo y resultantes en la pérdida de más de tres días de trabajo con horario, deben ser hechos en un período de un mes.

5. *¿Qué si el empleador no paga al obrero ningún beneficio?*

El trabajador o el abogado del trabajador deben contactar al empleador directamente, para determinar por qué los beneficios no están siendo pagados. Una comunicación pobre a menudo causa atrasos y malos entendidos.

Si el problema persiste, el empleado debe presentar un reclamo en la Comisión. Por favor, nótese que un informe de accidente no desencadena ninguna acción por parte de la Comisión. La Comisión se ve involucrada sólo si el trabajador presenta un reclamo y sigue los procedimientos para solicitar una audiencia. (Véase el capítulo siguiente).

6. *¿Puede un trabajador ser despedido por reportar un accidente o presentar un reclamo?*

Es ilegal para un empleador acosar, descargar, negarse a volver a emplear, o discriminar de alguna manera a un empleado por ejercitar sus derechos bajo la ley. Tal conducta por parte del empleador puede dar lugar a un derecho para presentar una demanda aparte, por daños, en la corte del circuito.

Un empleado con un reclamo por compensación laboral pendiente puede aún ser disciplinado o despedido por otras razones válidas.

CAPÍTULO 3

Presentando un reclamo en la Comisión

1. *¿Cómo se abre un reclamo en la Comisión?*

El trabajador debe presentar tres copias de la *Solicitud para Ajuste de Reclamo*, junto con una *Prueba de Servicio* declarando que una copia de la solicitud ha sido entregada al empleador. Los reclamos pueden ser presentados por correo o en persona en cualquier oficina de la Comisión.

No hay costos por los formularios o para presentar un reclamo.

2. *¿Qué sucede después que un reclamo es presentado?*

La Comisión asigna un número de caso y un árbitro para el caso. En el condado de County, los casos son asignados de manera aleatoria entre los árbitros de Chicago; en el resto del estado, los casos son asignados al sitio de audiencias más cercano al sitio del accidente.

El caso es establecido en un ciclo automático de dos meses. Cada dos meses, el caso es programado para un llamado de estatus. En el llamado, las partes pueden solicitar un juicio. Si ninguna de las dos partes solicita un juicio, el caso se continúa por otros dos meses.

Esta rotación continúa durante tres años. Para los primeros tres años después de haber sido presentado un caso, es responsabilidad de las partes dar seguimiento al caso. Después de tres años, el árbitro puede despedir el caso, a menos que las partes muestren que hay una buena razón para continuarlo.

Es importante tener en cuenta que cada árbitro es responsable de miles de casos, no puede monitorear casos individuales, y no tiene información respecto a si los beneficios están siendo pagados o no. Es responsabilidad de las partes llevar un registro del caso y tomar acción cuando sea necesario.

3. *¿Debe un empleado presentar un reclamo para recibir beneficios?*

Si el empleado quiere que la Comisión ordene el pago de los beneficios, él o ella deben presentar un reclamo.

Un empleado que está recibiendo los beneficios pero está preocupado respecto a proteger sus derechos para recibir beneficios futuros también puede desear presentar un reclamo.

4. *¿Cuáles son los límites de tiempo para presentar un reclamo?*

Generalmente, un empleado que deja de presentar un reclamo dentro de los límites de tiempo pierde su derecho a reclamar beneficios futuros.

En la mayoría de los casos, el empleado debe presentar un reclamo en un período de tres años después de una lesión, muerte o incapacidad por causa de una enfermedad ocupacional, o en un período de dos años del último pago de TTD o factura médica, lo que ocurra después.

Algunos casos tienen fechas límite, diferentes:

Exposición a asbestos: Presentar reclamo en un período de 25 años después de la última exposición.

Muerte: Presentar un reclamo dentro de un período de tres años después de la muerte, dentro de un período de dos años desde el último pago de compensación bajo el Decreto de Compensación Laboral, o dentro de un período de tres años desde la fecha del último pago por compensación bajo el Decreto de Enfermedades Ocupacionales, lo que ocurra de último.

Enfermedad ocupacional: En la mayoría de los casos, a menos que una enfermedad ocupacional ocasione una incapacidad dentro de un período de dos años desde la fecha de la última exposición, ninguna compensación es pagable. Para la beriliosis o enfermedades causadas por la inhalación de dióxido de silicio o polvo de asbesto, la incapacidad debe ocurrir dentro de un período de tres años, para ser compensable.

Neumoconiosis: Presentar reclamo en un período de 5 años después de la última exposición o el último pago.

Exposición a radiación: Presentar reclamo en un período de 25 años después de la última exposición.

5. *¿Tiene el pago voluntario de beneficios algún efecto sobre un reclamo?*

Si el empleado acepta beneficios, él o ella no renuncia a ningún derecho bajo la ley. De manera similar, si el empleador paga beneficios, no renuncia a su derecho para disputar el reclamo. Incluso si un reclamo es presentado a la Comisión después que algunos beneficios han sido pagados, el empleador aún tiene derecho a disputar su responsabilidad de pagar cualquier compensación en lo absoluto.

6. *¿Tiene el trabajador que contratar a un abogado para presentar un reclamo?*

No, pero en los casos disputados, la mayoría de los empleados y empleadores contratan abogados.

Si el trabajador no contrata un abogado, se hace responsabilidad del trabajador conservar un registro del reclamo, aparecer en las audiencias

cuando sea necesario, y presentar evidencia en las audiencias, que pruebe su elegibilidad bajo la ley.

Los árbitros y comisionados deben ser neutrales. Ellos no pueden actuar como abogado para el trabajador o para el empleador.

La Comisión no puede recomendar abogados. Las personas que quieren obtener asesoría legal, pueden querer preguntarles a sus amigos por una recomendación, o llamar a un servicio de referencia de abogados. La Comisión tiene una lista de asociaciones de conjuntos de abogados, que pueden hacer referencias.

7. *¿Cuánto puede cobrar un abogado?*

La ley limita la tarifa del abogado:

- a) Un abogado no deberá cobrar ninguna tarifa sobre pagos que el empleador hizo voluntariamente por atención médica, TTD y cualquier otra compensación.
- b) La tarifa del abogado está limitada a un 20% de la compensación recuperada, hasta el 20% de 364 semanas del beneficio máximo TTD, a menos que se sostenga una audiencia y la Comisión apruebe cargos adicionales.
- c) Si el empleador hizo una oferta escrita al empleado, el abogado puede cobrar sólo una tarifa sobre el monto recuperado en exceso de esta oferta. En este caso, la tarifa del abogado puede exceder el 20% del monto adicional recuperado.
- d) La tarifa del abogado debe ser establecida en el formulario de *Acuerdo de representación de abogado*, firmado por el empleado (o, en los casos de muerte, por los beneficiarios), y aprobado por la Comisión.

8. *¿Qué pasa si el trabajador está insatisfecho con el abogado?*

La Comisión no puede resolver problemas entre el obrero lesionado y su abogado o abogada. El que reclama puede tratar de mejorar la relación con el abogado, contratar a otro abogado, o proceder sin abogado.

Animamos a los abogados a mantener informados a sus clientes.

Animamos a los reclamantes a educarse a sí mismos y seguir el proceso del caso.

CAPÍTULO 4

Resolviendo una disputa en la Comisión

1. *¿Qué debe hacer el trabajador para recibir los beneficios?*

Es responsabilidad del trabajador probar que él o ella son elegibles para los beneficios. El empleador no necesita refutar el reclamo de un trabajador. Por ley, la carga de la prueba descansa en el empleado.

Algunos de los principales asuntos en un caso de compensación están enumerados abajo. El empleado debe probarlos todos a fin de calificar para los beneficios.

- a) Jurisdicción: En la fecha del accidente, el empleador estaba sujeto al Decreto sobre Compensación Laboral o Enfermedades Ocupacionales, de Illinois.
- b) Empleo: En la fecha del accidente, existía una relación de empleado/empleador entre las partes.
- c) Accidente o exposición: El trabajador sufrió lesiones accidentales o estuvo expuesto(a) a una enfermedad ocupacional que resultó de, y en el curso de su empleo.
- d) Conexión causal: La condición médica fue causada o agravada por el accidente o exposición alegados.
- e) Informe: El empleador recibió notificación o informe del accidente o exposición dentro del período límite establecido por la ley.

Si el trabajador prevalece en estos aspectos, él o ella generalmente calificará para algún beneficio, pero puede haber otros asuntos en disputa: Por ejemplo, las partes pueden estar en desacuerdo sobre la magnitud de la incapacidad del trabajador, o el salario semanal promedio del trabajador, o si los tratamientos médicos y/o facturas médicas fueron razonables y necesarios, o si al trabajador le corresponden multas, entre otros asuntos.

2. *¿Cómo son resueltas las disputas?*

Un árbitro de la Comisión efectuará un juicio, descansando sobre la ley de Illinois, las normas de evidencia, los precedentes establecidos por casos previos de compensación laboral, y los *Reglamentos que gobiernan las prácticas ante la Comisión*. Un reportero de la corte hará un registro de la audición.

Excepto para audiciones de emergencia, un árbitro no puede resolver un caso sino hasta que el trabajador ha terminado de recuperarse. Una vez el trabajador haya recuperado su salud, las partes necesitan preparar el caso para juicio, obteniendo registros médicos, declaraciones médicas, y otros

papeles. Para el momento cuando todo esté listo para el juicio, no está fuera de lo común que hayan pasado uno o dos años.

Una vez todo esté listo para el juicio, el árbitro programará un juicio dentro del mes cuando las partes lo solicitaron. Después del juicio, el árbitro expedirá una decisión dentro de un período de 60 días, declarando el monto de los beneficios, si hay alguno, a los cuales el empleado tiene derecho.

3. *¿Hay alguna forma de lograr una decisión más rápida si hay una emergencia?*

Sí, si hay beneficios por tiempo perdido o facturas médicas que no han sido pagados, una de las partes puede solicitar una audiencia de emergencia.

Bajo la Sección 19(b), una decisión final será expedida dentro de un período de 180 días desde la fecha cuando fue presentada la *Solicitud de revisión*.

Un empleado que reclama que se le adeudan beneficios médicos o de compensación, puede presentar una solicitud 19(b), sin importar si el empleado está trabajando o no.

Un empleador que está pagando TTD también puede presentar una solicitud 19(b), mientras tanto siga pagando TTD hasta que:

- a) El árbitro dé un fallo sobre la solicitud;
- b) El proveedor de servicios médicos le conceda permiso para regresar al trabajo regular; o
- c) El empleado inicie un trabajo de cualquier tipo.

Si hay una disputa acerca de la cobertura de seguro para un caso, un corredor de seguros, empleador privado que se asegura a sí mismo, o consorcio de compensación laboral, puede presentar una solicitud 19(b), mientras tanto siga proveyendo beneficios médicos y/o de TTD

Ni el empleado ni el empleador tienen derecho a una audiencia 19(b) si el empleado ha regresado al trabajo, y el único beneficio en disputa llega a un monto menor que 12 semanas de TTD.

Bajo la Sección 19(b-1), una decisión final será expedida dentro de un período de 180 días, pero debe tenerse en cuenta que hay muchos requisitos técnicos para este proceso.

Un empleado que reclama ser incapaz de trabajar como resultado de una lesión, y quien no está recibiendo beneficios médicos o TTD puede presentar una solicitud 19(b-1) para obtener un fallo rápido sobre los asuntos de atención médica y/o TTD.

En ambos casos, una vez los asuntos contenidos en el proceso de emergencia sean decididos, el caso regresará al llamado del árbitro para resolver otros asuntos en disputa.

4. *¿Es posible apelar la decisión del árbitro?*

Sí. El empleado y el empleador tienen, cada uno, derecho a apelar una decisión si no están satisfechos. Un panel de tres comisionados (usualmente llamado Comisión) revisará la decisión del árbitro, así como la evidencia y la transcripción del juicio. Ambas partes pueden remitir argumentos escritos a la Comisión. La Comisión entonces efectuará una audiencia (llamada audiencia oral) en la cual las partes pueden presentar un argumento corto de 5-10 minutos, para su posición. Dentro de un período de 60 días de esa audiencia, la Comisión expedirá su decisión.

Mientras la apelación esté pendiente, el empleador no tiene que pagar los beneficios otorgados por el árbitro. Si este caso finalmente es resuelto por completo a favor del trabajador, los intereses serán añadidos a la sentencia arbitral, con base en las tasas de bonos gubernamentales en el momento de la decisión. También hay un cobro de interés 1% por mes sobre facturas médicas, pagable al proveedor de servicios médicos.

Las decisiones de la Comisión son definitivas para casos que involucren a empleados del Estado de Illinois. En todos los otros casos, cada parte puede apelar a la Corte del Circuito, la Corte de Apelación, y en algunos casos, a la Corte Suprema de Illinois. Una gráfica al final de este capítulo ilustra el proceso.

Hay un estándar más alto de revisión en las cortes. Generalmente, una corte no dará marcha atrás a la decisión de una Comisión, a menos que descubra que la decisión está en contra del peso manifiesto de la evidencia.

5. *¿Hay alguna otra manera de resolver disputas?*

Como en otros sistemas de corte, la mayoría de los casos son resueltos a través de una resolución de compromiso entre las partes. Una resolución es un contrato entre el empleado y el empleador, para cerrar un reclamo, a cambio de una cantidad de dinero establecida.

Al hacer la resolución sobre un caso, el empleado evita el riesgo de no lograr una compensación, o lograr menos de lo provisto en la resolución, y el empleador evita el riesgo de pagar más. Usualmente, los casos se resuelven más fácilmente a través de una resolución, que a través de un juicio. En promedio, una resolución es aprobada un año y medio después de la presentación de un reclamo.

Si el empleador y el empleado logran un acuerdo, deben escribir los términos de su acuerdo en el *Contrato de Resolución* de la Comisión, y presentarlo para su aprobación ante el árbitro asignado al caso. Una resolución no es legalmente comprometedora, a menos que la Comisión la apruebe.

Un contrato de resolución aprobado generalmente da por terminados los derechos del empleado para cualquier beneficio médico o en efectivo por parte del empleado, incluso si su condición empeora. Si las partes quieren

conservar abierto un beneficio, esto debe ser establecido con claridad en el contrato de resolución.

Un empleado que no tiene abogado (conocido como solicitante “pro se”) debe aparecer en persona ante el árbitro quien, antes de aprobarlo, revisará el acuerdo y se asegurará que es justo y que el empleado entiende su efecto. Nótese que el árbitro actuará como juez neutral, no como el abogado del trabajador.

Una resolución que es hecha sin la aprobación de la Comisión no acaba con los derechos del empleado, y el momento en el cual un empleado puede presentar un reclamo con la Comisión, se extiende indefinidamente.

Cualquier contrato de resolución hecho dentro de un período de siete días después de la lesión, se presume como fraudulento.

6. *¿Cierra una decisión o resolución el caso, para siempre?*

Una resolución usualmente cierra el caso para siempre, a menos que las partes lo establezcan específicamente de otra manera en dicho acuerdo. Los siguientes cambios pueden ocurrir después de haberse expedido una decisión o resolución:

- a) En cualquier momento después de una decisión, el empleado puede solicitar servicios médicos adicionales que sean razonablemente necesarios para curar o aliviar los efectos de la lesión o enfermedad. Si el empleador no concuerda con la solicitud, el empleado puede presentar una solicitud, pidiendo a la Comisión que resuelva la disputa.
- b) Dentro de un período de 30 meses después que la Comisión expide una decisión o aprueba un contrato de resolución pagable por cuotas, si un empleador puede mostrar que la incapacidad ha disminuido, puede presentar una solicitud por una reducción de beneficios. Recíprocamente, si un empleado puede mostrar que la incapacidad ha aumentado, él o ella pueden presentar una solicitud por beneficios adicionales.
- c) Dentro de un período de 60 meses después que la Comisión expide una decisión o aprueba un contrato de resolución pagable por cuotas para beneficios salariales diferenciales, si un empleador puede mostrar que la incapacidad ha disminuido, puede presentar una solicitud por una reducción de beneficios. Recíprocamente, si un empleado puede mostrar que la incapacidad ha aumentado, él o ella pueden presentar una solicitud por un aumento en los beneficios.
- d) En cualquier momento cuando la Comisión expida una decisión de incapacidad total permanente, si el empleador puede mostrar que el empleado ya no está completamente incapacitado, el empleador puede solicitar a la Comisión una orden para suspender los pagos de PTD.

7. *¿Qué si la Comisión otorga beneficios, pero el empleador no paga?*

El empleado puede efectuar una o más de las siguientes acciones:

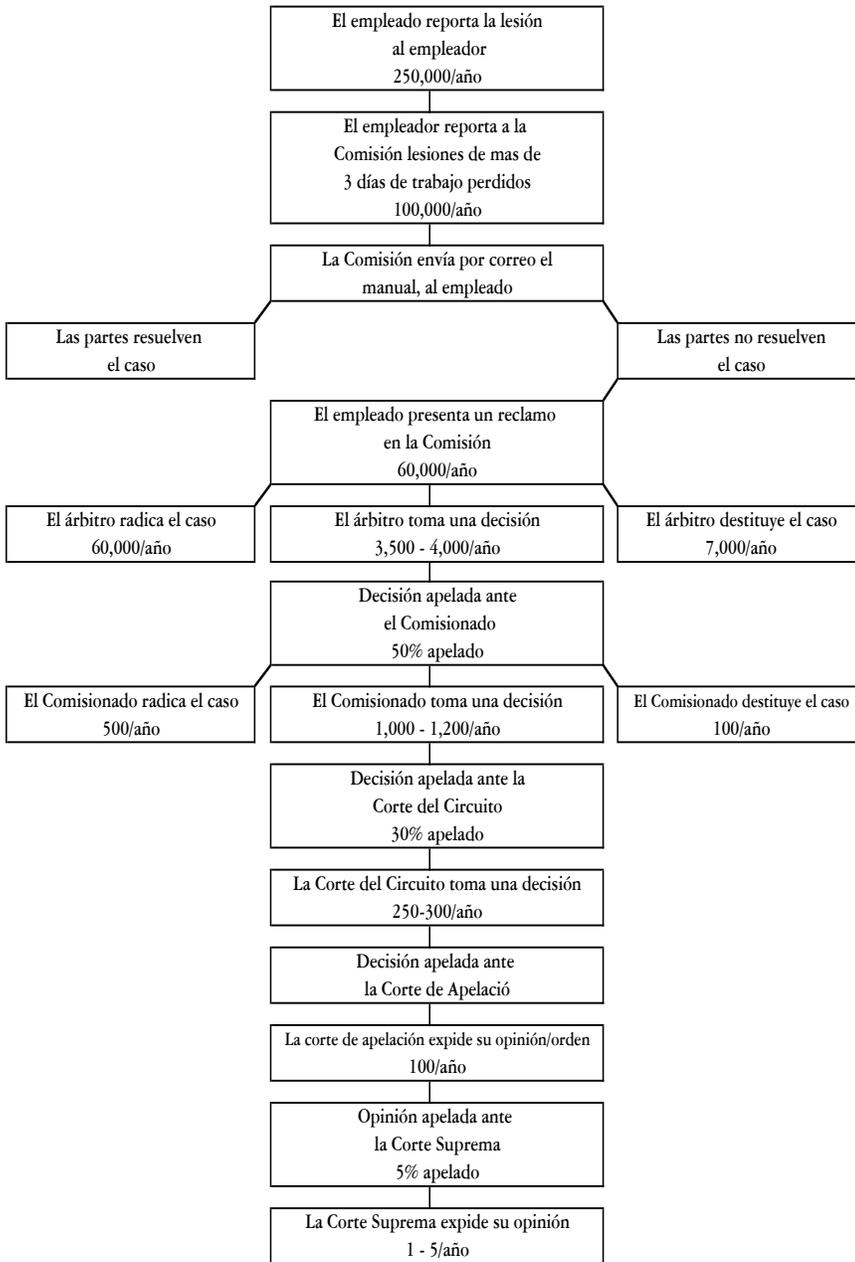
- a) Presentar una solicitud en la corte del circuito, pidiendo a la corte que ordene el pago bajo la Sección 19(g) del decreto;
- b) Presentar una solicitud a la Comisión, por multas y/o costos de abogado por atraso en pagos, según sea apropiado, bajo las Secciones 16, 19(k) y/o 19(l) del decreto;
- c) Presentar una solicitud a la Comisión, alegando una póliza de atrazo o injusticia por parte del asegurador o asegurador privado, bajo la Sección 4(c) del decreto;
- d) Llamar a la División de Servicios al Consumidor del Departamento de Regulación Financiera y Profesional de Illinois / División de Seguros (línea gratuita 866/445-5364 ó al 217/782-4515).

8. *¿Dónde son sostenidas las audiencias?*

Los árbitros sostienen audiencias en más de 30 sitios en todo el estado. Los casos son asignados al punto de audiciones más cercano al sitio del accidente. Si el accidente ocurrió fuera de Illinois, el caso es asignado al punto de audición más cercano a la casa del trabajador. Si el solicitante vive fuera de Illinois, el caso es asignado al sitio más conveniente para ambas partes.

Los comisionados sostienen argumentos orales en Springfield y Chicago.

Diagrama de flujo del proceso de resolución



Nota: Los casos pueden ser devueltos y reenviados entre los diversos niveles. Las cifras son aproximadas.

CAPÍTULO 5

Beneficios médicos

1. *¿Qué beneficios médicos están cubiertos bajo la ley?*

Al empleador se le exige pagar todos los servicios médicos que sean razonablemente necesarios para sanar o aliviar al empleado de los efectos de la lesión.

Esto incluye pero no se limita a primeros auxilios, cuidados de emergencia, visitas médicas, servicios de hospital, cirugía, terapia física, tratamiento quiropráctico, farmacéuticos, dispositivos de prótesis, y electrodomésticos médicos prescritos.

El costo de los dispositivos, como un elevador de calzado o una silla de ruedas, pueden estar cubiertos. Si las lesiones laborales resultan en una incapacidad que requiere modificaciones físicas a la casa del trabajador, tales como una rampa para silla de ruedas, el empleador puede tener que pagar también esos costos.

2. *¿Quién paga los servicios médicos?*

Si el empleador no disputa una factura médica, la pagará directamente al proveedor médico. El trabajador no tiene la obligación de cancelar copagos o deducibles.

Si el empleador disputa una factura, debe dar prontamente una explicación al trabajador, respecto a esta negativa.

Mientras un caso está pendiente en la Comisión, el proveedor no puede intentar recoger pagos del empleado, una vez el empleado notifique al proveedor que él o ella han presentado un reclamo con la Comisión, para resolver esta disputa.

El proveedor puede enviar recordatorios al empleado, respecto a la factura pendiente, y pedir información acerca del caso (por ejemplo, número del caso, estado del caso). Si el empleado no provee la información dentro de un período de 90 días desde la fecha del recordatorio, el proveedor puede continuar sus esfuerzos por recoger el pago.

3. *¿Puede el empleado escoger el doctor tratante o el hospital?*

Sí, pero hay límites. El empleado tiene derecho a escoger dos proveedores médicos y cualquier otro proveedor a quien el empleado es referido.

Eso significa que un empleado puede inicialmente escoger cualquier médico u hospital, incluso si el proveedor está fuera de la regular de seguros del empleado, y puede ir a cualquier médico a quien el empleado sea referido por el proveedor.

Si lo desea, el empleado puede entonces escoger otro médico u hospital e ir una vez más a cualquier médico a quien el empleado sea referido por el proveedor.

Generalmente, si el empleado escoge un tercer médico sin la aprobación del empleador, el empleador no está obligado a pagar por esos servicios.

Los servicios de primeros auxilios y de emergencia no son considerados como una de las dos opciones del trabajador.

4. *Mientras tanto el trabajador permanezca dentro de los límites de elección del proveedor, ¿pagará el empleador todos los servicios médicos?*

Una organización de revisión de uso puede examinar los tratamientos pasados del empleado, sus tratamientos presentes y futuros, relacionados con la lesión laboral, y analizar la necesidad de aquellos tratamientos. La Comisión considerará estos descubrimientos sobre el uso, junto con toda la demás evidencia, al determinar si un tratamiento era razonablemente necesario. Si la Comisión descubre que un tratamiento médico no era razonablemente necesario, no ordenará al empleador que pague la factura, y el empleado puede ser responsable por ésta.

5. *¿Cuáles son las responsabilidades del trabajador respecto a servicios médicos?*

El empleador debe dar los siguientes pasos:

- a) Buscar atención médica o de primeros auxilios inmediatamente después de la lesión, o el punto en el cual los síntomas graduales comiencen a afectar las actividades físicas en el trabajo o en la casa. (Bajo algunas circunstancias, el empleado puede descansar en el tratamiento, únicamente por medio de la oración o medios espirituales).
- b) Cooperar con los médicos y hacer esfuerzos para lograr una completa recuperación, y un retorno completo al trabajo, si es posible. Un trabajador puede perder los beneficios por actividades perjudiciales o antihigiénicas.
- c) Contar a los proveedores médicos que el tratamiento es por una condición relacionada con el trabajo. Esto permite a los proveedores conocer que el empleador es responsable por la factura médica.
- d) Dar al empleador el nombre y la dirección del médico u hospital escogido. Si el empleado cambia a los proveedores, éste debe notificar una vez más al empleador.

El empleado debe también dar al empleador suficiente información médica par que éste determine si acepta o niega el reclamo. Esto incluye todos los registros médicos relevantes a la condición para la cual se buscan los beneficios. Sin embargo, un trabajador no está obligado a conceder acceso a ninguna persona, a sus registros médicos.

El empleador no está obligado a proveer beneficios si no recibe la información médica necesaria para determinar el estatus médico del trabajador, y su aptitud para el trabajo. Si el médico del empleado no envía los registros médicos al empleador, puede que los beneficios se atrasen.

6. *¿Debe el trabajador que permitir que los administradores de casos contratados por el empleador administren su atención?*

No. Un trabajador puede, sin penalidades, rechazar o limitar la participación de personal de enfermería o administrativo contratado por el empleador. El empleado está obligado a proveer registros médicos que sean relevantes al caso, pero por lo demás, la atención médica de un trabajador es confidencial.

Aunque la administración del caso no es obligatoria, si un caso es complicado o la lesión severa, un trabajador puede buscar la ayuda de personal administrativo que resulte de ayuda.

7. *¿Puede el empleador solicitar una evaluación por parte de su propio médico?*

Sí. En ocasiones, el empleador puede solicitar un examen médico por el médico de su elección. Cuando el empleador da el informe al empleado, respecto al lugar y la hora del examen, al mismo tiempo debe dar al empleado el dinero para cubrir gastos de transporte, alimentación, salarios perdidos, etc.

El examen debe llevarse a cabo en un momento y lugar razonables. El trabajador debe pasar por el examen, pero él o ella no necesitan aceptar ningún tratamiento por parte del médico del empleador.

El médico del empleador debe dar a ambas partes el mismo informe del examen tan pronto como sea posible, pero no menos de 48 horas antes de una audiencia de arbitraje.

El trabajador también tiene derecho, previa solicitud, a copiar todos los registros médicos relevantes en posesión del empleador.

8. *¿Cómo son determinados los precios para servicios médicos?*

La mayoría de los tratamientos que estén cubiertos bajo el Decreto y hayan sido provistos el primero de febrero de 2006 o después, están sujetos a un programa de tarifas médicas. El empleador deberá pagar lo mínimo del cargo real del proveedor, o el monto establecido por el programa de tarifas médicas.

Sin embargo, si un empleador o corredor de seguros contrata a un proveedor con el propósito de proveer servicios bajo el Decreto, la tarifa negociada en el contrato prevalecerá.

El programa es publicado en el sitio Web de la Comisión. Por favor, diríjase además a la ley, los reglamentos, *Instrucciones* y *Lineamientos*, y a la página Web de "Preguntas Médicas Frecuentes".

CAPÍTULO 6

Beneficios por discapacidad total temporal (TTD)

1. *¿Qué es discapacidad total temporal (TTD)?*

TTD es el período en el cual un trabajador lesionado es temporalmente incapaz de regresar a cualquier trabajo, según sea indicado por su doctor(a) en medicina, o el período en el cual es descargado para hacer trabajos livianos, pero cuyo empleador es incapaz de acomodarle a él o a ella. El empleador paga beneficios TTD a un empleado lesionado hasta que el trabajador haya regresado al trabajo, o haya terminado de recuperarse.

2. *¿Cómo es calculado el beneficio TTD?*

El beneficio TTD es dos tercios (66%) del salario semanal promedio del empleado, sujeto a límites mínimos y máximos. Los límites mínimos y máximos están disponibles en las oficinas de la Comisión y en el sitio Web (www.iwcc.il.gov/benefits.htm).

3. *¿Cómo es calculado el salario semanal promedio (AWW) del empleado?*

El cálculo del AWW puede ser complicado y dependerá de los hechos de cada caso. Generalmente, se aplican los siguientes principios.

El AWW está basado en el salario bruto (antes de los impuestos) durante las 52 semanas antes de la lesión o exposición.

Si un empleado tenía más de un trabajo en el momento de la lesión, el AWW puede basarse en el ingreso combinado de todos los trabajos, si el empleador para quien el empleado estaba trabajando en el momento de la lesión conocía que él o ella tenía otro(s) trabajo(s).

Si el trabajador estaba empleado por menos de 52 semanas, el AWW se calcula usando el número de semanas que él o ella realmente trabajó para ese empleador.

Si el empleado había trabajado para el empleador sólo durante un corte tiempo, o como un trabajo casual, la Comisión puede considerar lo que otra persona en el trabajo con el mismo empleador habría ganado durante el año anterior.

El pago de horas extraordinarias generalmente no está incluido en el cálculo del AWW para los casos reportados bajo el Decreto de Compensación Laboral, a menos que las horas extraordinarias hubiesen sido trabajadas de manera regular. El pago por horas extraordinarias está incluido para los casos reportados bajo el Decreto de Enfermedades Ocupacionales.

Los beneficios de TTD para bomberos voluntarios, miembros activos y en entrenamiento de la policía y la defensa civil, están basados en el AWW ganado en su empleo regular, y si el reclamo se levanta bajo el Decreto de Compensación Laboral.

4. *¿Cuál es el beneficio mínimo TTD?*

Un beneficio TTD para el empleado no deberá ser más de su AWW. El beneficio mínimo TTD está basado en el máximo del salario mínimo federal o estatal. En el momento cuando este manual fue impreso, los montos mínimos de TTD son como siguen:

Fecha del Accidente:	2/1/06 – 6/30/07	7/1/07 – 6/30/08	7/1/08 – 6/30/09
# de niños y/o cónyuge:	TTD mínimo @ \$6.50/hora	TTD mínimo @ \$7.50/hora	TTD mínimo @ \$7.75/hora
0	\$173.32	\$200.00	\$206.67
1	\$199.32	\$230.00	\$237.67
2	\$225.32	\$260.00	\$268.67
3	\$251.32	\$290.00	\$299.67
4+	\$260.00	\$300.00	\$310.00

5. *¿Cuál es el beneficio máximo TTD?*

El beneficio TTD máximo es 133 1/3% del salario semanal estatal promedio en la fecha de la lesión. Los montos de beneficios están disponibles en las oficinas de la Comisión y en el sitio Web.

6. *¿Existe un período de espera para TTD?*

El TTD no es pagado por los primeros tres días de trabajo perdidos, a menos que el empleado pierda 14 o más días calendario debido a la lesión.

7. *¿Cuándo se paga el TTD?*

El empleador debe hacer el primer pago TTD dentro de un período de 14 días después de recibir el informe de la lesión. Puesto que los atrasos son comunes, para facilitar el pago rápido de los beneficios, animamos al empleado a dar al empleador una solicitud escrita de beneficios TTD junto con la nota médica.

Si el empleador no paga rápidamente y no puede justificar el atraso, el empleado puede solicitar al árbitro que ordene al empleador pagar multas y/o costos de abogado al trabajador.

El empleador debe pagar el TTD en el mismo intervalo de tiempo que el empleado era pagado antes de la lesión (por ejemplo, semanalmente o quincenalmente).

Si un empleador deja de pagar el TTD antes que el empleado regrese al trabajo, debe dar al empleado una explicación escrita, no después de la fecha del último pago del TTD. Si el empleador deja de proveer esta explicación, el empleado puede solicitar al árbitro que evalúe las multas y/o los costos del abogado.

CAPÍTULO 7

Beneficios por discapacidad parcial temporal (TPD)

1. *¿Qué es discapacidad parcial temporal (TPD)?*

TPD es el período en el cual un empleado lesionado está aún en recuperación y está trabajando en deberes livianos, medio tiempo o tiempo completo, ganando menos de lo que él o ella ganarían en los trabajos antes de la lesión. El empleador paga beneficios TPD a un empleado lesionado hasta que el trabajador haya regresado a su trabajo regular, o haya terminado de recuperarse.

2. *¿Cómo es calculado el beneficio TPD?*

El beneficio TPD es dos tercios (66 2/3%) de la diferencia entre el monto promedio que el trabajador sería capaz de ganar en los empleos anteriores a la lesión, y el monto neto que él o ella gana en el trabajo liviano.

Ejemplo:

Un trabajador estaba ganando \$500 dólares por semana en el momento de la lesión. Mientras el trabajador estaba ausente del trabajo y en recuperación, el pago por el trabajo incrementó a \$525 dólares por semana. El trabajador retorna a un trabajo liviano y, después que los impuestos han sido deducidos, lleva a casa \$200 dólares por semana.

Salario semanal promedio (AAW) antes de la lesión	=	\$500
AAW actual del trabajo antes de la lesión	=	\$525
Pago libre de impuestos después de la lesión	=	\$200
Diferencial de salario =	\$525 - \$200	= \$325
TPD =	\$325 X 66 2/3%	= \$216.67/sem.

CAPÍTULO 8

Beneficios de rehabilitación vocacional/mantenimiento

1. *¿Qué es rehabilitación vocacional?*

La rehabilitación vocacional incluye pero no está limitada a la asesoría para búsqueda de empleo, la supervisión de un programa de búsqueda de empleo, y reentrenamiento vocacional, incluyendo educación en una institución de aprendizaje acreditada.

2. *¿Cuándo tiene el empleado derecho a rehabilitación vocacional?*

Si el empleado no puede regresar al trabajo anterior a la lesión, el empleador debe pagar el tratamiento, la instrucción y el entrenamiento necesarios para la rehabilitación física, mental y vocacional del empleado, incluyendo todos los costos por mantenimiento y gastos accidentales. El empleado debe cooperar en un programa razonable de rehabilitación.

El empleado puede escoger el proveedor de tales servicios de rehabilitación vocacional razonable, o puede aceptar los servicios de un proveedor seleccionado por el empleador.

3. *¿A qué beneficio tiene derecho el empleado mientras participa en un programa aprobado de rehabilitación vocacional?*

Un empleado tiene derecho a beneficios de mantenimiento, además de costos y gastos accesorios al programa de rehabilitación.

4. *¿Cómo es calculado el beneficio de mantenimiento?*

El beneficio de mantenimiento no deberá ser menos que la tasa de TTD del empleador.

CAPÍTULO 9

Beneficios por discapacidad parcial permanente (PPD)

1. ¿Qué es discapacidad parcial permanente (PPD)?

PPD es:

- a) La pérdida completa o parcial de una parte del cuerpo; o
- b) La pérdida completa o parcial del uso de una parte del cuerpo; o
- c) La pérdida parcial del uso del cuerpo como unidad general.

La “pérdida de uso” no es definida específicamente en la ley, pero generalmente significa que el empleado es incapaz de hacer cosas que él o ella era capaz de hacer antes de la lesión.

La Comisión no puede tomar una determinación PPD hasta que el trabajador haya terminado de recuperarse. El PPD es pagado solo si la lesión relacionada con el trabajo resulta en alguna pérdida física permanente.

2. ¿Qué tipos de beneficios PPD hay?

Hay cuatro tipos de beneficios PPD:

a. Diferencial de salario

Si, debido a la lesión, el empleado obtiene un nuevo empleo que paga menos que el empleo o los empleos anteriores a la lesión, él o ella puede tener derecho a recibir un diferencial de salario por la duración de la discapacidad. El diferencial de salario es dos tercios (66 2/3%) de la diferencia entre el monto que el trabajador gana en el nuevo trabajo y el monto que él o ella estaría ganando en el trabajo antiguo.

Un empleado puede ser compensado, sea por la pérdida de salarios o por la discapacidad permanente relacionada con la misma lesión, pero no ambas compensaciones.

Ejemplo:

Un trabajador estaba ganando \$500 dólares por semana en el momento de la lesión. Mientras el trabajador estaba ausente del trabajo y en recuperación, el pago por el trabajo incrementó a \$520 dólares por semana. Debido a la lesión, el trabajador sólo puede encontrar un empleo que paga \$300 dólares por semana.

Salario semanal promedio (AAW) antes de la lesión	=	\$500	
AAW actual del trabajo antes de la lesión	=	\$520	
AAW del trabajo después de la lesión	=	\$300	
Diferencial de salario	=	\$520 - \$300	= \$220
Beneficio PPD	=	\$220 X 66 2/3%	= \$146.67/sem.

b. Planilla de lesiones

La ley establece un valor sobre ciertas partes del cuerpo, expresado como un número de semanas de compensación para cada parte. (Véase la tabla al final de este capítulo). El número de semanas es multiplicado entonces al 60% del AWW del empleado.

Si una parte del cuerpo es amputada o no puede ser usada en absoluto, eso representa una pérdida del 100%, y al empleado se le otorga la cantidad completa de semanas enumerada en la tabla. Si el empleado sostiene una pérdida parcial, el beneficio es calculado multiplicando el porcentaje de pérdida por el número de semanas enumerado.

Ejemplo 1:

Un trabajador que ganaba \$500 dólares por semana se lesiona su dedo pulgar, y el pulgar es amputado. De acuerdo con la planilla, un dedo pulgar vale 76 semanas.

Tasa semanal PPD	=	\$500 X 60%	=	\$300
Número de semanas	=	76 semanas X 100%	=	76
Beneficio PPD	=	76 semanas X \$300	=	\$22,800

Ejemplo 2:

Un trabajador que ganaba \$500 dólares por semana se lesiona su dedo pulgar, y después se determina que hay un 10% de pérdida del uso de su dedo pulgar.

Tasa semanal PPD	=	\$500 X 60%	=	\$300
Número de semanas	=	76 semanas X 10%	=	7.6
Beneficio PPD	=	7.6 semanas X \$300	=	\$2,280

c. Lesiones no incluidas en la tabla (la persona como un todo).

Si la condición no está enlistada en la tabla de lesiones, pero impone ciertas limitaciones, el empleado puede tener derecho a un porcentaje de 500 semanas de beneficios, con base en la pérdida de la persona como un todo. El número de semanas es multiplicado entonces al 60% del AWW del empleado.

Ejemplo:

Un trabajador que ganaba \$500 dólares por semana sufre una lesión en la espalda que según se determinó ha causado una pérdida del 10% de la persona como un todo.

Tasa semanal PPD	=	\$500 X 60%	=	\$300
Número de semanas	=	500 semanas X 10%	=	50 semanas
Beneficio PPD	=	50 semanas X \$300	=	\$15,000

d. Desfiguración

Un empleado que sufre una desfiguración seria y permanente en la cabeza, el rostro, el cuello, el pecho por encima de la axila, mano o pie por debajo de la rodilla, tiene derecho a un máximo de 162 semanas de beneficios en la tasa PPD. El número de semanas es multiplicado entonces al 60% del AWW del empleado.

Una cicatriz debe sanar por lo menos seis meses antes de una audiencia para que la evaluación de la desfiguración pueda ser efectuada.

Un empleado puede no recoger compensación por la desfiguración y la pérdida del uso de la misma parte del cuerpo. Por ejemplo, a una persona que pasa por una cirugía del túnel carpiano y se descubre que ha experimentado alguna pérdida de uso, puede otorgársele un beneficio con base en la parte del cuerpo o sobre la desfiguración de las cicatrices de la cirugía, pero no por ambas.

3. *¿Cómo es evaluado el nivel de discapacidad?*

En una base de caso por caso, la Comisión evalúa el impedimento físico y el efecto de la discapacidad sobre la vida del trabajador lesionado. Entre los factores que pueden ser considerados están la edad individual, la habilidad, la ocupación, en entrenamiento, la incapacidad para involucrarse en ciertos tipos de actividades, dolor, tiesura, o limitación del movimiento. Los empleados no son compensados por dolor y sufrimiento pasados, sino sólo por el dolor residual que es parte de la discapacidad permanente.

4. *¿Cuál es el beneficio mínimo PPD?*

El beneficio mínimo PPD por amputación o remoción del núcleo del ojo es el 50% del salario semanal promedio estatal (SAWW).

Para todas las demás categorías PPD, el beneficio PPD de un empleado no deberá ser más de su AAW. En el momento cuando este manual fue impreso, los montos mínimos de PPD son como siguen:

Fecha del Accidente:	2/1/06 – 6/30/07	7/1/07 – 6/30/08	7/1/08 – 6/30/09
# de niños y/o cónyuge:	PPD mínimo @ \$6.50/hora	PPD mínimo @ \$7.50/hora	PPD mínimo @ \$7.75/hora
0	\$173.32	\$200.00	\$206.67
1	\$199.32	\$230.00	\$237.67
2	\$225.32	\$260.00	\$268.67
3	\$251.32	\$290.00	\$299.67
4+	\$260.00	\$300.00	\$310.00

6. *¿Cuál es el beneficio máximo PPD?*

Casos de diferencial salarial: 100% del SAWW
Amputación o extracción del núcleo del ojo: 133 1/3% del SAWW

Por ley, la tasa máxima para las demás categorías PPD (tabla de lesiones, lesiones no incluidas en la tabla y desfiguración) es calculada usando una fórmula diferente, con base en la tasa de aumento en el salario semanal promedio a nivel del estado. Por favor, dirijase a las hojas de la tasa de beneficio para este máximo.

7. *¿Qué si la condición del trabajador cambia?*

Para beneficios por diferencial salarial: Si la condición física del empleado cambia durante los 60 meses después que la concesión se hace efectiva, ambas partes pueden pedir a la Comisión que ajuste la concesión.

Para todas las otras categorías PPD: Si la condición física del empleado cambia durante los 30 meses después que la concesión se hace efectiva, ambas partes pueden pedir a la Comisión que ajuste la concesión.

**BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE
PARA UNA PÉRDIDA DE USO DEL 100%
OCURRIDA EL 2/1/06 O DESPUÉS**

PARTE DEL CUERPO	SEMANAS PAGADAS
Dedo pulgar	76
Primer dedo (índice)	43
Segundo dedo	38
Tercer dedo	27
Cuarto dedo	22
Mano	205
Brazo	253
Brazo amputado por encima del codo	270
Brazo amputado a la coyuntura de los hombros	323
Dedo (dedo grande)	38
Dedo (todos los demás dedos)	13
Pie	167
Pierna	215
Pierna amputado encima de la rodilla	242
Pierna amputado en la coyuntura de la cadera	296
Ojo: Pérdida de la visión	162
Remoción del ojo (extracción del núcleo)	173
Oído: pérdida de la audición debido a accidente o trauma*	54
Oído: pérdida de la audición debido a enfermedad ocupacional*	100
Oídos (2) *	215
Riñón, brazo o pulmón (remoción)	10
Testículo (1)	54
Testículos (2)	162
Fractura en el cráneo	6+
Fractura en hueso facial	2+
Fractura en vértebra	6+
Fractura espinal o transversal	3+

La pérdida de una parte del dedo pulgar, de un dedo de la mano o del pie hasta la primera coyuntura desde la punta, es considerada pérdida de una mitad del dedo, por ejemplo, 38 semanas por medio dedo. Las pérdidas más allá de la primera coyuntura son consideradas una pérdida del 100% del dedo.

*Una pérdida debido a la exposición al ruido también puede ser compensable, si el empleado puede demostrar que él o ella estuvo expuesto(a) a ciertos niveles de ruido por las duraciones establecidas en la ley.

CAPÍTULO 10

Beneficios por discapacidad total permanente (PTD)

1. *¿Qué es discapacidad total permanente (PTD)?*

PTD es:

- a) La pérdida permanente y completa del uso de ambas manos, ambos brazos, ambos pies, ambas piernas, ambos ojos, o algunas dos tales partes, por ejemplo, una pierna y una mano;
- o
- b) Una discapacidad completa que hace que el empleado sea permanentemente incapaz de hacer algún tipo de trabajo por el cual hay un mercado de empleo razonablemente estable.

2. *¿Qué es el beneficio PTD?*

Un demandante que es hallado permanente y totalmente discapacitado tiene derecho a un beneficio semanal igual a dos tercios ($66 \frac{2}{3}\%$) de su salario semanal promedio, sujeto a límites mínimos y máximos, para la vida. Los montos mínimos y máximos de beneficios están disponibles en las oficinas de la Comisión y en el sitio Web.

3. *¿Puede un destinatario PTD trabajar en algún momento?*

En general, no. Si un empleado que experimenta una discapacidad completa (véase 1(b) en la parte de arriba) regresa al trabajo o es capaz de regresar al trabajo, el empleador puede solicitar a la Comisión terminar o modificar el beneficio PTD.

4. *¿Permanece fijo el monto del beneficio para toda la vida?*

Hay ajustes relacionados con el costo de vida, si el caso fue cerrado por una decisión. Comenzando en el segundo año después de haber sido expedida la concesión, el beneficiario recibirá un monto del Fondo de Ajuste de Tarifas de la Comisión, que refleje el incremento en el salario semanal promedio durante el año precedente. Estos pagos son hechos mensualmente.

5. *¿Qué es el beneficio mínimo PTD?*

El beneficio mínimo PTD es el 50% del salario semanal promedio a nivel estatal (SAEE) en el momento de la lesión.

6. *¿Qué es el beneficio máximo PTD?*

El beneficio máximo PTD es $133 \frac{1}{3}\%$ del SAWW en el momento de la lesión.

7. *¿Puede un empleado recibir tanto el PTD como el Seguro Social?*

Sí, si el empleado califica bajo los términos de cada programa. Si un empleado recibe ambos beneficios, la Administración de Seguridad Social aplicará una fórmula que puede resultar en una reducción del beneficio de Seguridad Social.

CAPÍTULO 11

Beneficios por muerte/para sobrevivientes

1. *¿Qué es el beneficio para el entierro?*

Un beneficio de \$8,000 es provisto para el sobreviviente o la persona que paga el entierro.

2. *¿Cómo es calculado el monto del beneficio del sobreviviente?*

El beneficio es dos tercios (66 2/3%) del salario semanal bruto promedio del empleado durante las 52 semanas previas a la lesión, sujeto a límites mínimos y máximos.

3. *¿Quién tiene derecho al beneficio del sobreviviente?*

Hay una jerarquía de derechos. Los beneficiarios primarios son el cónyuge y los hijos jóvenes. Si no existen beneficiarios primarios, los beneficios pueden ser pagados a padres totalmente dependientes. Si no existen padres totalmente dependientes, los beneficios pueden ser pagados a personas que fueron, al menos un 50% por ciento, dependientes del empleado, en el momento de la muerte.

4. *¿Qué si el cónyuge sobreviviente se vuelve a casar?*

Si hay hijos elegibles en el momento del nuevo matrimonio, los beneficios continuarán.

Si no hay hijos elegibles en el momento del nuevo matrimonio, el cónyuge tiene derecho a una cantidad final elevada, igual a dos años de compensación. Todos los derechos para los demás beneficios se extinguen.

5. *¿Cuál es el beneficio mínimo del sobreviviente?*

El beneficio mínimo del sobreviviente no puede ser menos que el 50% del salario semanal promedio a nivel estatal (SAWW) en el momento de la lesión, a menos que haya una reducción para individuos parcialmente dependientes.

6. *¿Cuál es el beneficio máximo del sobreviviente?*

El beneficio máximo del sobreviviente no puede ser más del 133 1/3% del SAWW en el momento de la lesión. El beneficio es pagado por 25 años de beneficios semanales o \$500.000 dólares, lo que resulte mayor.

7. *¿Permanece fijo el monto del beneficio para toda la vida?*

Hay ajustes relacionados con el costo de vida, si el caso fue cerrado por una decisión. Comenzando en el segundo año después de haber sido expedida la concesión, el beneficiario recibirá un monto del Fondo de Ajuste de Tarifas de la Comisión, que refleje el incremento en el salario semanal promedio durante el año precedente. Estos pagos son hechos mensualmente.

Glosario

Árbitro

El empleado de la Comisión de Compensación Laboral de Illinois (IWCC) que sirve como el oficial de audición de primer nivel en un caso.

Audición de emergencia

Proceso por medio del cual un empleado que reclama que se le adeudan beneficios médicos o de compensación, puede recibir una audición más rápida.

Beneficio médico

Atención médica pagada por el empleador, que es razonablemente necesaria para curar o aliviar al empleado de los efectos de la lesión.

Beneficio por entierro

Un beneficio de \$8.000, pagado al sobreviviente de la persona que paga por el entierro de un trabajador con lesión fatal.

Comisión de Compensación Laboral de Illinois (IWCC)

Agencia estatal que resuelve disputas entre trabajadores lesionados y sus empleadores, respecto a compensación laboral.

Comisionado

Oficial de IWCC que sirve como el oficial de audición de primer nivel en un caso.

Compensación laboral

Sistema de beneficios sin excepciones provistos por ley a la mayoría de los trabajadores que tienen lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Desfiguración

Empeoramiento serio y permanente de la apariencia de la cabeza, el rostro, el cuello, el pecho por encima de las axilas, el brazo, la mano, o la pierna por debajo de la rodilla.

Diferencial de salario

Diferencia entre el monto más bajo que gana un empleado, debido a una lesión, y el monto que él o ella estaría ganando en el (los) trabajo(s) anteriores a la lesión.

Discapacidad parcial permanente (PPD)

Pérdida completa o parcial de una parte del cuerpo; o pérdida completa o parcial del uso de una parte del cuerpo; o la pérdida parcial del uso del cuerpo como un todo.

Discapacidad parcial temporal (TPD)

Período en el cual un empleado lesionado está aún en recuperación y está trabajando en deberes livianos, medio tiempo o tiempo completo, ganando menos de lo que él o ella ganarían en los trabajos antes de la lesión.

Discapacidad total permanente (PTD)

La pérdida permanente y completa del uso de ambas manos, ambos brazos, ambos pies, ambas piernas, ambos ojos, o algunas de tales partes, por ejemplo, una pierna y una mano; o bien,

Una discapacidad completa que hace que el empleado sea permanentemente incapaz de hacer algún tipo de trabajo por el cual hay un mercado de empleo razonablemente estable.

Discapacidad total temporal (TTD)

Período en el cual un trabajador lesionado es temporalmente incapaz de regresar a un trabajo cualquiera, tal como es indicado por su médico, o período en el cual recibe libertad para hacer trabajos livianos, pero cuyo empleador es incapaz de acomodarle a él o a ella.

Elección del empleado

Derecho legal del empleado para escoger dos proveedores médicos y cualquier otro proveedor a quien el empleado es referido.

Examen médico independiente (también llamado Examen de Sección 12)

Un examen del empleado, solicitado por el empleador, por parte de un médico de su elección.

Fondo de Ajuste de Tarifa

Fondo estatal que paga ajustes del costo de vida sobre un PTD y concesiones finales.

Informe

Comunicación oral o escrita del empleado para el empleador, describiendo la fecha y el lugar de un accidente.

Informe del lugar de trabajo

Nota pública que los empleadores deben exhibir en cada lugar de trabajo, que explique los derechos de los trabajadores bajo el Decreto sobre Compensación Laboral de Illinois, y que señale el corredor de seguros, el número de póliza, información de contacto, entre otros datos.

Mantenimiento

Beneficio provisto a un empleado que está participando en un programa vocacional de rehabilitación.

Mejoría médica máxima (MMI)

Punto en el cual el empleado ha terminado de recuperarse de una lesión y ha llegado a estar médicamente estable.

Planilla de las lesiones

Valor de ciertas partes del cuerpo, expresado como un número de semanas de compensación por cada parte.

Planilla de tarifas

Lista de tarifas, reglas, instrucciones y lineamientos relacionados con el pago de la mayoría de los tratamientos que son cubiertos bajo el Decreto y que fueron provistos el primero de febrero de 2006.

Pro se

Demandante que no tiene un abogado.

Reclamo

Un caso abierto por un trabajador, reportando la *Solicitud de Ajuste de Reclamo*, en la IWCC, que inicia el proceso de la corte de la Comisión en movimiento.

Rehabilitación vocacional

Servicios provistos a un empleado que no puede regresar al trabajo anterior a la lesión, que incluyen pero no están limitados a la consejería para búsqueda de trabajo, supervisión de un programa de búsqueda de trabajo, reentrenamiento vocacional, incluyendo educación en una institución acreditada de aprendizaje.

Resolución

Contrato, aprobado por la Comisión, que tiene lugar entre el empleado y el empleador, para cerrar un reclamo, a cambio de una cantidad de dinero establecida.

Salario semanal promedio (AWW)

El cálculo del salario bruto de un empleado (antes de impuestos), sobre los cuales se basan los beneficios.

Salario semanal promedio a nivel estatal (SAWW)

Cifra, calculada por el Departamento de Seguridad Laboral de Illinois, que establece los niveles máximos y algunos niveles mínimos semanales de compensación laboral.

ÍNDICE

Abogado	10, 11, 15	Fondo de Ajuste de Tarifa	31, 34
Accidente	5, 7, 8, 12	Fraude	6
Administrador de caso	20	Glosario	35
Ajuste por costo de vida	31, 34	Impuestos	4
Apelación de decisiones	14	Informe	
Árbitro	9, 10, 11	de accidente o lesión	7, 12
Asbesto(s)	10	publicado en el lugar de trabajo	4, 5, 8
Audiciones de emergencia	13	Jurisdicción	12
Beneficio		Límites de tiempo	7, 10, 11
<i>véase</i> categoría específica		Mantenimiento	25
Beneficio por muerte	11, 33	Médico, elección del	18
Beneficios del sobreviviente	33	Multas	16
Beneficios médicos		Neumoconiosis	10
Administrador de caso	20	Oídos	30
derecho del empleador a examinar	20	Oración	19
Elección del médico parte del empleado	19	Pago de horas extraordinarias	21
interés sobre las facturas	15	Partes del cuerpo	27
Planilla de tarifas	20	Pérdida de la audición	30
rehabilitación	25	Persona como un todo	27
responsabilidad del empleado	19	Planilla de las lesiones	30
responsabilidad del empleador	4, 19	Planilla de tarifas	20
Compensación laboral	3, 4	Radiación	10
Conexión causal	12	Reclamo	9-10
Decisión	12-17	Registros	5, 19, 20
Desfiguración	30	Rehabilitación	25
Diferencial de salario	16, 28, 31	Reportes de accidente	5, 7, 8, 12
Discapacidad parcial permanente	26	Revisión del uso	19
Discapacidad parcial temporal	24	Salario semanal promedio	21
Discapacidad total permanente	31	Salario	22
Discapacidad total temporal	21	Seguridad Social	32
Discriminación	5, 8	Seguro	4, 5
Dolor	28	Solicitud	9
Elegibilidad	12	Trabajo liviano	24
Empleado			
cubierto bajo la ley	4, 18		
relación con el empleador	11		
responsabilidad re: atención médica	19		
Empleador			
a pagar beneficios	4		
registros	5, 8		
requisitos bajo la ley	5, 19		
respuesta al informe de accidente	7		
Enfermedad ocupacional	10, 21		
Entierro	33		
Examen médico independiente	20		